FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1910 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Marcel MIRIEL

Né à Paris, le 28 décembre 1882
Ancien interne provisoire des Hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance publique

Contribution à l'étude clinique et thérapeutique

DES

MÉNINGITES SYPHILITIQUES

Président : M. WIDAL, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS — MM.

Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR WIDAL

Professeur à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

Témoignage de respect, d'admiration et de reconnaissance.

A MON MAITRE

LE DOCTEUR COURTOIS-SUFFIT

Médecin des Hôpitaux
Médecin en chef des Manufactures de l'État
Chevalier de la Légion d'honneur

En témoignage de ma plus profonde reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR HIRTZ

(1905-1906)

M. LE PROFESSEUR PIERRE DELBET

(Externat, 1906-1907)

MONSIEUR LE DOCTEUR HENRY VAQUEZ

(Externat, 1907-1908)

M. LE PROFESSEUR FERNAND WIDAL

(Externat, 1908-1909)

MONSIEUR LE DOCTEUR RICHARDIÈRE

(Externat, 1909-1910)

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMELIN

MESSIEURS LES DOCTEURS LEGENDRE

TAPRET, LAUNOIS, COYON

COURTOIS-SUFFIT

(Internat provisoire, 1910)

MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

SICARD, NOBÉCOURT, GOSSET

MESSIEURS LES DOCTEURS

BARBIER, RAVAUT

Médecins des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR CHIFFOLIAU

Chirurgien des Hôpitaux

MESSIEURS LES DOCTEURS

OCTAVE BEAUFUMÉ, ALBERT CAUCHOIX,

ÉDOUARD JOLTRAIN, JULES LEMAIRE

Anciens internes des Hôpitaux de Paris

MEIS ET AMICIS

CONTRIBUTION

à l'étude clinique et thérapeutique

DES

MÉNINGITES SYPHILITIQUES

HISTORIQUE

Il est assez curieux de lire, aujourd'hui, les opinions émises, à trente ans d'intervalle, l'une en 1873 par M. Bouchard et l'autre en 1900 par M. Klippel dans son article du *Traité de Médecine* et de voir de quel côté est la vérité.

Le 17 mars 1873, MM. Bouchard et Cornil démontraient l'origine syphilitique des lésions constatées à l'autopsie d'un malade qui avait présenté, pendant la vie, des symptômes méningés aigus.

En 1900, M. Klippel, avec la probité scientifique qu'on lui connaît, avait le courage de douter encore et il écrivait : « Sans nier les symptômes méningitiques eux-mêmes, peut-être faut-il se demander si les lésions syphilitiques cérébrales ordinaires ne se sont pas tout à coup compliquées d'une infection banale aiguë qui donne alors à la maladie son allure si frappante. »

Et ce doute se comprend devant la pauvreté des faits cliniques rapportés à cette date.

Pic et Renaut de Lyon, en 1895, avaient bien cité un cas de méningite améliorée par le traitement, mais la preuve de la syphilis restait à faire.

Et il faut convenir que tous les cas publiés par les différents auteurs, jusqu'en 1902, avaient toutes les apparences cliniques pour eux, mais qu'il manquait encore, pour ne plus douter, une réaction, comme le séro-diagnostic par exemple,et c'est à M. Widal et à ses élèves Sicard, Lemierre, Le Sourd, qu'on doit, depuis cette date,d'avoir la preuve biologique que la syphilis méningée existe et donne au liquide céphalo-rachidien des caractères étudiés en détail par ces auteurs.

Depuis, les observations se sont multipliées à l'infini, comme on peut le voir dans la bibliographie intentionnellement chronologique, qui termine ce travail. Trois thèses ont été publiées à Paris : Drouet, 1906 ; de Coux, 1908 et surtout Vincent, 1910.

Dans tous les services de médecine on voit passer, par an, quelques cas de méningites syphilitiques et, grâce à la cytologie, on démontre souvent l'existence de lésions méningées qu'on ne peut encore que soupçonner en clinique.

Si bien que, dans l'histoire de cette affection, deux dates seulement sont à retenir :

1873, date où, cliniquement, on fit un diagnostic vraiment remarquable pour l'époque et vérifié par l'anatomie pathologique ;

Et 1902, moment à partir duquel tous les travaux sur cette question reposent sur une preuve biologique, fournie pour la première fois par M. Widal.

ÉTUDE CLINIQUE

On ne connaissait, il y a quelques années, que les méningites scléro-gommeuses.

Actuellement, on sait, grâce au laboratoire surtout, qu'il y a des méningites syphilitiques aiguës, quelquefois si pauvres en symptômes que M. Milian les dénomme :

Méningites frustres.

Cette absence de symptômes peut être absolue cliniquement et, seule, la ponction lombaire montre qu'il s'agit de véritables :

Méningites latentes.

Dans des cas plus rares, l'atteinte du système nerveux favorise l'action ultérieure de la spécificité et ces accidents évoluent, à leur tour, sous forme de :

Méningites aiguës.

Méningites chroniques.

Ces quatre formes cliniques nous paraissant les plus schématiques et répondant le mieux à la réalité, c'est cette division que nous adopterons.

I

MÉNINGITES LATENTES

M. Widal et son élève Ravaut ont, les premiers, montré, dès 1902, l'existence de ces accidents, rappelés par Mantoux dans sa thèse, en 1906.

M. Babinsky enfin, tout récemment, a montré leur fréquence dans les cas de syphilis conjugale méconnue.

Le plus souvent, il s'agit de syphilitiques en période secondaire, atteints fréquemment de syphilides papuleuses et qui présentent une lymphocytose rachidienne dont l'intensité est parallèle à la gravité des accidents.

Par contre, la roséole et les plaques muqueuses simples ne s'accompagnent que rarement, d'après M. Ravaut, de réaction méningée.

L'absence du tréponème dans le liquide est constant et Schriddes, seul, l'aurait retrouvé, en 1907, dans un cas.

Cette lymphocytose est parallèle, comme évolution, aux accidents cutanés et MM. Widal et Ravaut ont successivement montré qu'elle s'observe rarement dans les syphilides tertiaires.

Seules les gommes et les perforations du voile donnent lieu, parmi les accidents tertiaires, à une lymphocytose encore inexpliquée.

II

MÉNINGITES SYPHILITIQUES FRUSTRES

Les observations rapportées par MM. Milian, Crouzon et Paris, Thibierge et Ravaut, De Lapersonne, Lesourd, Sulzer et Mantoux, montrent leur existence incontestable.

On peut leur distinguer deux formes :

1° Méningite frustre secondaire ;

2° Méningite frustre tertiaire.

1° *Méningite frustre secondaire*

On se trouve, d'ordinaire, en présence de sujets syphilitiques depuis quelques mois, présentant une céphalée modérée, à maximum nocturne, pouvant céder spontanément et toujours heureusement influencée par le traitement.

Elle s'accompagne souvent d'agitation nocturne et d'insomnie rebelle, même sans que celle-ci soit causée par l'état d'esprit des malades, dont un bon nombre se soucient peu de leur syphilis.

A l'examen : pupilles inégales et paresseuses, réflexes souvent exagérés et c'est tout.

Lymphocytose nette à l'examen du liquide habituellement hypertendu.

2° *Méningite frustre tertiaire*

Sont beaucoup moins fréquentes et beaucoup plus graves d'après M. Milian.

Elles donnent lieu habituellement à une céphalée tout à fait atroce, à cette sensation de bouillonnement cérébral, de tension insupportable que présentent souvent les brightiques et qui font croire aux malades qu'ils vont perdre la raison.

Quelquefois, ce symptôme domine au point de donner la forme céphalalgique de Fournier.

« Sans la moindre exagération, c'est une scène d'angoisse, comparable aux derniers instants de l'accouchement ou bien aux crises de coliques hépatiques ou néphrétiques, dans leurs paroxysmes les plus aigus. »

Les autres signes qui passent au deuxième plan sont surtout : le délire et la diminution de la mémoire, les nausées, les vomissements, la constipation et, habituellement, l'*exagération des réflexes*.

Ce qui montre, disons-le, l'insuffisance d'un grand nombre d'examens cliniques, où, seule, l'abolition des réflexes est considérée comme importante.

La ponction lombaire ramène un liquide non limpide, mais opalescent, avec une quantité sensiblement égale des lymphocytes et des polynucléaires.

III

MÉNINGITES AIGUES

La forme aiguë présente elle-même bien des variétés.

Le début commun est marqué par *la céphalée*, véritable annonce de toute syphilis méningée, mais les symptômes ultérieurs varient à l'infini.

M. Milian décrit comme normal le type avec demi-torpeur et même coma. L'observation I que nous publions montre, au contraire, la lucidité relative du malade et combien, en somme, ce psychisme diffère de celui des méningites tuberculeuses. Il y a bien ici un certain degré de fatigue cérébrale et de somnolence, mais rien qui ressemble à cette torpeur maussade des méningites tuberculeuses non plus qu'à cet abattement absolu des tumeurs. Le malade présente ce besoin de calme qu'entraîne toute céphalée violente, mais souvent, du moins dans les cas que nous avons observés, il peut, par un effort, raconter lui-même son histoire.

Les *vomissements* sont inconstants, ainsi que la *constipation*, ce qui diminue beaucoup l'importance du trépied habituel au syndrome méningé.

Le décubitus du malade, en *chien de fusil*, est fréquent et en rapport avec les *raideurs* qui manquent rarement, la *raideur de la nuque* et le *Kernig* faisant

le plus souvent partie du tableau symptomatique.

Les signes oculaires sont bien plus rares que dans la méningite tuberculeuse, du moins *le strabisme ;* la paralysie du moteur oculaire commun, au contraire, est un aboutissant habituel de la syphilis méningée ; c'est une de ces paralysies *parcellaires*, vraiment pathognomoniques.

Le *signe d'Argyll*, si commun dans les syphilis nerveuses, manque le plus souvent.

La *fièvre*, dit M. Milian avec la plupart des auteurs, est constante.

Les observations que nous rapportons ne semblent pas confirmer cette opinion et souvent le diagnostic délicat de méningite spécifique se fondera seulement sur cette apyrexie. En tous cas, si MM. Brissaud et Brécy ont signalé des cas avec 39-5-40 degrés, il nous paraît plus fréquent de rencontrer une simple élévation de quelques dixièmes, contraste frappant avec la méningite tuberculeuse de l'adulte qui, même au début, est fébrile, contrairement à ce qui se passe chez l'enfant.

Le *pouls et la respiration* sont bien moins irréguliers que dans la méningite tuberculeuse.

Dans cette forme, on note d'ordinaire *l'abolition des réflexes rotuliens*, abolition qui n'est que passagère et destinée à disparaître avec la fin des accidents méningés. Les complications paralytiques, quoique rares, existent, comme le montre notre observation IV.

La ponction lombaire donne issue à un liquide

clair, nettement lymphocytique et amicrobien, ce qui le différencie du liquide de la méningite tuberculeuse.

On sait, en effet, que quand on a la patience d'examiner une lame complètement, ce qui demande d'ailleurs longtemps, on trouve le plus souvent le bacille de Koch.

Au laboratoire de M. Widal, c'est une constatation courante qui permet d'affirmer un diagnostic d'une façon précoce.

IV

MÉNINGITES CHRONIQUES

Ces méningites évoluent avec des symptômes en rapport avec la localisation des lésions.

1° *Méningites à la convexité*

Elles débutent par le signe commun, constant de toute syphilis méningée : *la céphalée*, dont on connaît les caractères, quelquefois localisée assez nettement pour permettre une localisation anatomique.

Souvent, d'ailleurs, la preuve en est fournie par une crise d'*épilepsie Bravais-Jacksonnienne* et l'on sait que la syphilis en est la principale cause.

M. Fournier a montré que les cas signalés par Bravais dans sa thèse, rentraient certainement dans cette catégorie. La terminaison se fit par une hémiplégie.

Le malade assiste à sa crise, caractérisée par des

convulsions localisées en une région du corps, précédées ou non d'aura. On en décrit deux formes : *monoplégique* et *hémiplégique*.

La première de ces formes, dite encore « circonscrite », se limite soit à un membre, soit à un segment de membre. Le malade conserve son intelligence. Fréquente au membre supérieur, elle est plus rare au chef inférieur.

La forme hémiplégique débute soit par le bras, la jambe, la face. Le malade reste conscient jusqu'à ce que sa crise soit généralisée.

Des paralysies corticales se manifestent encore souvent comme signe de méningite dans la convexité : paralysies incomplètes, parésies plutôt même ; exagération des réflexes tendineux du côté atteint avec contracture légère.

A la face, on ne note que de la paralysie du facial inférieur, comme dans les lésions cérébrales.

2° *Méningites de la base*

Débutant par de la céphalée, un ictus congestif, une attaque d'épilepsie. C'est l'aboutissant commun à toutes les méningites syphilitiques et la signature en est dans la *paralysie des nerfs craniens*.

Mais, parmi ceux-ci, il faut mettre, au tout premier rang, *le moteur oculaire commun*. Alors que tous les nerfs peuvent être pris, celui-là l'est presque toujours le premier, souvent le seul, c'est une véritable pierre

de touche ; *les paralysies du moteur oculaire commun sentent la vérole*, disait Ricord.

Elles donnent de *l'ophtalmoplégie externe*, c'est-à-dire impossibilité de regarder en haut, en bas ou en dedans, *du ptosis*, et du *strabisme externe divergent*.

Toujours incomplètes. Le malade, dit Fournier, se présente au médecin, se plaignant de voir double, mais il ne louche pas, au moins d'une façon appréciable.

Ces paralysies sont *partielles* et, suivant les cas, on peut avoir du ptosis seul ;

Du ptosis avec paralysie du droit inférieur ;

Du strabisme externe seul ;

De la mydriase isolée.

EXAMEN DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

La lymphocytose, au cours de la syphilis nerveuse, est actuellement démontrée depuis les travaux de MM. Widal, Ravaut et Lemierre notamment.

Cette lymphocytose est précoce, comme l'a montré M. Widal.

« Aux débuts de la période secondaire, dit cet auteur, alors qu'aucun symptôme nerveux n'est apparu, le virus syphilitique peut, dans certains cas, créer des réactions méningées légères, décelables seulement par la ponction lombaire, réactions qui, au seuil de la maladie, nous donnent la démonstration anatomique de la susceptibilité des centres nerveux pour la vérole. »

Cette précocité d'apparition est telle que M. Babinsky a montré la fréquence de la lymphocytose rachidienne, conjugale peut-on dire, alors que l'un des conjoints seul présente ou a présenté des accidents.

Extrêmement fréquente au cours des éruptions de la deuxième période, cette notion a permis de dire à MM. Boidin et Weil qu'il s'agissait vraisemblablement d'un véritable « exanthème méningé ».

Ce qui caractérise cette réaction méningée, c'est qu'elle est *pure* et l'intensité de cette réaction lymphocytique est telle que MM. Debove, Castaigne, Gaillard et d'Œlnitz, Chauffard et Boivin ont pu signaler l'aspect louche que prend parfois le liquide céphalo-rachidien.

Cette lymphocytose, d'ailleurs, cadre bien avec les notions anatomo-pathologiques sur lesquelles s'appuie M. Sésary qui montre l'analogie qui existe entre les lésions de la syphilis à cette date et celle de la méningite tuberculeuse.

Au cours de la syphilis tertiaire, ici encore, la lymphocytose pure est de règle, quelquefois très abondante, mais sans jamais que les polynucléaires ne perdent leur forme, comme cela arrive dans les liquides purulents septiques.

Il n'a jusqu'à présent jamais été possible de déceler, dans le liquide céphalo-rachidien des méningites secondaires et tertiaires, la présence du sphirochète de Schandinn.

Et cette absence de microbe est capitale, car on sait aujourd'hui que, dans les méningites tuberculeuses notamment, un examen soigneux des préparations permet de trouver le corps du délit. Recherche évidemment délicate, mais couronnée de succès dans les neuf dixièmes des cas.

PRONOSTIC

La lecture des observations inédites que nous publions dans cette thèse, semblerait indiquer que la méningite syphilitique est toujours bénigne ; or, pour porter un pareil jugement, il faudrait pouvoir s'appuyer sur un plus grand nombre de faits. Aussi, croyons-nous plus clinique, en joignant les faits que nous rapportons à ceux des autres auteurs, de citer d'abord leur avis.

Tout d'abord, la distinction entre les méningites aiguës et les méningites chroniques est de première importance.

I. — MÉNINGITES AIGUËS

Neumann est tout à fait optimiste : « On doit, rationnellement, admettre un pronostic rassurant, dit-il, puisque la substance cérébrale n'est point altérée. Par suite, sous l'influence d'une intervention hâtive, ou même tardive, on doit espérer s'en rendre maître. »

M. Cornil est d'un avis diamétralement opposé. « Si, en fait, ce pronostic, dit-il, n'est pas absolument grave par lui-même, il reste fort redoutable

par les affections intercurrentes qui emportent souvent le malade. »

A vrai dire, de la sorte, la question est un peu déplacée et le pessimiste semble inspiré surtout par le pronostic de la syphilis nerveuse « en général ».

Drouet, dans sa thèse, dit: « Il ne faut pas s'exagérer l'importance des cas malheureux, et si sur les huit observations que je rapporte, deux malades sont morts, l'un n'avait pas été traité et l'autre semble avoir succombé à une syphilis maligne indéniable, et, en fait, sur sept malades ayant pris du mercure, six ont guéri et le petit nombre de mes cas ne peut fournir qu'une moyenne sans valeur, la mortalité étant probablement moindre qu'elle ne semble ici. »

Lamy dit très justement : « Toutes réserves étant faites, on admet que les lésions syphilitiques méningées sont moins graves que les lésions similaires d'une autre origine, quelle qu'elle soit (tuberculose. tumeur, artériosclérose). Ensuite, plus le traitement s'adresse à des lésions jeunes et plus l'on est en droit de compter sur une amélioration, voire une guérison complète, parce que l'on n'oublie jamais que le malade est sous la menace continuelle de nouveaux accidents semblables ou dérivés, tels que thrombose, néoplasmes, ramollissements. »

Enfin, il faut se méfier des guérisons apparentes et sournoises et, à ce point de vue, la cytologie a une valeur pronostique presque aussi grande que pour le diagnostic.

Il suffit, pour s'en rendre compte, de rappeler le cas

publié par Widal et Lesourd, dans lequel il y avait lymphocytose persistante plus de deux mois après la guérison apparente d'un malade.

Et, à notre avis, *tout le pronostic des méningites syphilitiques aiguës est là.* Ce que la clinique cache, la biologie le révèle, à condition qu'on ait la curiosité de faire une enquête.

II. — MÉNINGITES CHRONIQUES

Le pronostic est ici beaucoup plus sévère, parce que le malade présente presque toujours, comme dans les observations de Vincent ou les nôtres, d'autres troubles nerveux concomitants, des paralysies oculaires, du moteur oculaire commun notamment ; parce que aussi, vraisemblablement, il y a cette fois « des lésions » et la deuxième partie de la thèse de Vincent montre admirablement leur fréquence et leur gravité, en ce qui concerne les nerfs de la base du crâne.

Néanmoins, il faut savoir que le pronostic n'est pas absolument grave car :

1° *Comme l'a démontré Vincent dans sa thèse, la méningite est toujours la première étape de toute syphilis nerveuse ;*

2° *Il y a des méningites chroniques syphilitiques qui se prolongent indéfiniment ;*

3° *Enfin, la méningite syphilitique chronique peut guérir sans laisser de trace.*

Et cette dernière considération nous montre, une fois de plus, que les résultats de la ponction lombaire ne sont pas seulement intéressants pour confirmer un diagnostic, mais que souvent elle peut, modifiant le pronostic et par suite le traitement, être pour le malade la source d'un espoir, avant elle, injustifié.

DIAGNOSTIC

Contrairement à l'opinion émise par Drouet dans sa thèse, nous trouvons que ce qui caractérise, avant tout, la méningite syphilitique, c'est le petit nombre des signes par lesquels elle se manifeste.

Et c'est cette pauvreté de symptômes qui en rend le diagnostic toujours délicat, cliniquement.

L'étiologie a une grande valeur mais l'anamnèse est habituellement négative, en ce sens, surtout chez la femme.

Parmi les signes de grand valeur, il faut retenir, à notre sens, la *céphalée si spéciale*, si sensible au traitement, et les *paralysies morcellées*, *parcellaires*, *l'absence de température et l'évolution.*

Et ces deux derniers caractères tranchent habituellement la plus grande difficulté : le diagnostic *d'une méningite tuberculeuse.*

Notre observation III est, à ce point de vue, absolument typique. A la lire, on fait aussitôt le diagnostic de méningite *syphilitique.*

Cependant, le malade meurt de son affection et a eu 38 et 39 degrés.

L'autopsie montre qu'il s'agit d'une méningite

tuberculeuse et ce diagnostic fut défendu au lit du malade, à cause de ce seul signe : la fièvre.

L'épreuve thérapeutique a la plus grande valeur et nous trouvons, à ce propos, l'opinion de M. Lamy exagérée : « Il faut, dit-il, que l'amélioration soit très nette ; les diagnostics qui reposent exclusivement sur elle, ne doivent être acceptés qu'avec la plus sévère critique. » Quelles est donc la méningite tuberculeuse qui a jamais été améliorée par le mercure ?

D'ailleurs, aujourd'hui, le diagnostic repose surtout sur le résultat de la ponction lombaire. Nous avons rappelé les caractères du liquide dans un paragraphe spécial.

La contre-épreuve a été faite par M. Milian : « Chez dix syphilitiques anciens sans aucun symptôme, le liquide fut trouvé normal. Sur huit syphilitiques pris au hasard, la lymphocytose n'existe que chez ceux qui ont de la céphalée. »

On voit, par conséquent, que l'hésitation n'est le plus habituellement permise qu'avec *la méningite tuberculeuse*. On peut y joindre, plus rarement, *l'encéphalopathie saturnine*, apparaissant d'ordinaire chez des sujets dont les antécédents, la profession surtout, permettent le diagnostic étiologique.

TRAITEMENT

Nous voudrions donner à ce chapitre plus d'importance que les auteurs ne lui en ont accordé jusqu'ici. « Mercure ou mercure et iodure » suivant l'âge de la spécificité, voilà tout ce qu'on dit à ce sujet.

Or, il nous semble qu'en faisant ainsi, on commet une erreur d'autant plus grave qu'on admet les idées si nettement exprimées par Vincent dans sa thèse, et suivant lesquelles la méningite est la première étape de toute syphilis nerveuse.

En ne précisant pas davantage la meilleure thérapeutique, on risque de laisser ainsi les syphilis méningées évoluer vers des accidents nerveux plus graves, vers la paralysie générale.

Aujourd'hui que la céphalée suffit à faire un diagnostic que confirme très habituellement la ponction lombaire, il faut savoir agir vite et fort.

Traitement prophylactique

Étant donné la fréquence des accidents nerveux et leur gravité d'autant plus grande qu'ils évoluent souvent sans bruit, il est de toute importance d'exi-

ger des malades, après leur accident primitif, un traitement ininterrompu pendant de longues années.

Il convient de dire malheureusement que le passage dans un service de spécialité nous a rendu sceptique sur la valeur préventive du mercure.

Curateur excellent, modérateur certain, le mercure prévient-il vraiment les accidents ultérieurs? L'histoire de nombreux malades, suivis et observés avec soin nous a paru prouver le contraire. Malgré cela, il faut répéter avec M. Brissaud « qu'un fait négatif ne vaut jamais un fait positif » et croire au traitement prophylactique.

Un autre traitement prophylactique, qui n'est pas encore d'usage, nous apparaît cependant comme une règle *ne varietur*. Nous voulons parler de la *ponction lombaire systématique au bout de quatre ans de traitement.*

Quand on connaît l'insidiosité des accidents méningés, les faits de syphilis conjugale que seule la ponction lombaire a décelée, comme M. Babinsky en a montré de nombreux exemples, *il semble rationnel, quand un malade a suivi régulièrement le traitement destiné à le guérir, de s'assurer, par l'examen de son liquide céphalo-rachidien, qu'il n'est pas au seuil d'accidents nerveux.*

Certes, cette pratique ne sera pas admise d'emblée par tous les malades, mais les plus avertis verront vite que cette enquête biologique a pour eux la plus grande importance.

Traitement curatif

Les sels solubles, le calomel, l'huile grise sont les seules préparations indiquées dans les classiques ; à peine cite-t-on la voie intra-veineuse, le cyanure de mercure, et quand on le fait c'est pour ajouter aussitôt que les difficultés de la technique, la toxicité de ce sel rendent cette thérapeutique exceptionnelle. On va même jusqu'à omettre de citer M. Abadie qui, le premier, a montré les excellents résultats qu'il obtint dans les syphilis oculaires.

Or, nous avons la conviction absolue que le meilleur traitement des syphilis nerveuses, comme de toutes les syphilis graves d'ailleurs, dans lesquelles on n'a pas de temps à perdre (et en la matière, devrait-on jamais en perdre), c'est *le cyanure de mercure intra-veineux.*

Nous avons eu l'occasion de traiter un grand nombre de malades par cette médication, surtout dans le service de notre maître Thibierge et nous avons toujours obtenu les résultats les plus sûrs sans avoir jamais eu même d'incidents à noter ; aussi, contrairement à l'opinion courante, croyons-nous que :

1° *Le cyanure intra-veineux est le traitement de choix ;*

2° *La toxicité ne nous paraît pas démontrée ;*

3° *La technique des injections intra-veineuses est facile et à la portée de tout médecin soigneux.*

La dose par jour doit être de 1 centigramme à 15 milligrammes, le malade étant bien surveillé et prenant les précautions d'usage.

Quant à la *technique* des injections intra-veineuses en général et des injections de cyanure de Hg en particulier, il nous semble qu'elle ait à bénéficier de *quelques petits perfectionnements* que nous préciserons plus loin.

Instrumentation

1° *Une aiguille à injection hypodermique de 2 centimètres* en acier, parce que l'acier pique mieux et qu'on n'a pas la crainte, ici, de laisser l'aiguille, qui n'a d'ailleurs aucune raison de se casser, *in situ.*

2° *Seringue de Luer de 2 centimètres cubes ;*

3° *Solution ainsi formulée :*

Cyanure de mercure : 10 centigrammes.
Eau distillée : 10 centimètres cubes.
Pour injection intra-veineuse = 1 cc. = 1 ctgr. de Hg.

4° *Une alèze, une bande de toile.*

Préparatifs

Choix de la veine. — Le pli du coude est le siège d'élection. Prendre n'importe quelle veine nettement perceptible à la palpation (dès que le

bras est lié au-dessus). Les veines les meilleures ne sont pas les plus visibles. Celles-ci doivent leur apparence à leur superficialité et à la minceur de leur paroi, mais *le toucher renseigne ici mieux que la vue.*

La crainte de l'artère humérale, si elle est anatomique, n'est vraiment *pas chirurgicale* : un centimètre et demi de graisse, et l'expansion aponévrotique du biceps rendent l'atteinte de l'artère impossible, sans le vouloir.

Stérilisation du champ opératoire à la teinture d'iode.

Décoloration partielle à l'alcool.

Avant de mettre un lien sur le bras, on remplit sa seringue, qu'on dispose horizontalement.

Le lien doit être fait, selon nous, de telle sorte qu'il soit à la fois *solide* et *facile à dénouer sans secousse.*

Pour qu'il soit solide, il suffit *de mouiller* le nœud une fois fait.

Pour qu'il soit facile à défaire, un des bouts de la boucle doit repasser en sens inverse à quelque distance, en un point *sec.*

Ponction de la veine. — Doit être faite :

1° Avec l'aiguille *seule* (perméable) ;

2° α) *D'abord perpendiculairement* à la direction du vaisseau. La paroi antérieure traversée, on sent un ressaut, on est assez loin : d'ailleurs, le sang coule.

Un second ressaut prouverait qu'on a traversé l'autre paroi.

β) Ceci fait, on change complètement la direction

de l'aiguille : on la *pousse parallèlement à la direction de la veine* dont les parois latérales, tangentes sur 1 centimètre ou 2 à l'aiguille, empêchent celle-ci de ressortir.

A ce moment, on prie le malade de raidir son bras ; on enlève le lien : le sang coule toujours.

D'une main, on immobilise le chas de l'aiguille, on y ajoute la seringue ne contenant que la quantité de cyanure voulue et pas de bulle d'air, et l'on pousse l'injection.

Si l'on est bien dans la veine, on ne sent absolument aucune résistance.

Si une seule goutte de liquide est injectée à côté, on sent une résistance énorme ; il faut alors ne pas insister.

L'injection faite, on maintient le piston de la seringue pour éviter que le sang ne reflue.

D'un doigt, on appuie sur le point de pénétration de l'aiguille qu'on retire avec la seringue brusquement et tout d'un bloc.

Petit pansement compressif une heure ou deux. Avec cette technique *rigoureuse* et en ne piquant la veine que quand on est *sûr* d'y pénétrer, on n'a *jamais d'incident*. Une malade du service de M. Thibierge a reçu ainsi sans incidents *vingt-cinq injections quotidiennes sur la même veine.*

Incidents et accidents

Il peut se faire qu'une goutte de la solution pénètre dans le tissu cellulaire périveineux ; il se produit alors une induration locale qui rend cette veine inutilisable ; en même temps douleur légère, mais sans suite.

Si l'on n'est pas dans la veine, on peut modifier un peu la situation de son aiguille, mais sans sortir de la peau ; sans cela, hématome léger et l'injection devient alors difficile et septique.

Quant aux accidents dus à l'introduction des bulles d'air, *ils ont été très exagérés*, comme le montrent les expériences faites par M. le professeur Delbet sur le chien.

En résumé : de par la facilité de la technique, l'excellence, la rapidité des résultats obtenus par nous dans de nombreux cas de syphilis grave, l'absence de tout incident au cours d'une pratique qui dépasse trois cents injections, cette méthode nous semble ne mériter aucune des critiques qui privent la thérapeutique d'un moyen aussi puissant.

OBSERVATIONS

Nous avons, volontairement, omis certaines observations trop souvent résumées et absolument impersonnelles dans une thèse, comme celles de MM. Bouchard, Cornil, de Pic et Renaut, publiées d'ailleurs en détail dans les travaux antérieurs.

Nous avons aussi rappelé sommairement les autres observations moins connues, mais déjà publiées, pour ne donner quelque développement qu'aux observations toutes personnelles ou inédites.

Si nous ne les avons pas multipliées davantage, c'est parce qu'elles ont toutes ce caractère commun, sur lequel nous avons insisté, d'être pauvres en symptômes caractéristiques.

Par contre, comme on le verra, une constante pourrait-on dire, s'y retrouve invariablement : *céphalée et lymphocytose.*

OBSERVATION I (Personnelle)

M^me^ X..., trente ans, ménagère, entre le 25 avril 1909, dans le service de notre maître, M. le professeur Widal, à l'hôpital Cochin, pour de violents maux de tête, des vomissements répétés et du délire, accidents remontant à la veille.

On ne trouve absolument rien dans ses antécédents, aucune maladie infectieuse, pas trace de bacillose ni de spécificité.

La malade, mariée à dix-huit ans, n'a eu qu'un enfant et n'a jamais fait de fausses couches.

A noter, cependant, qu'elle croit son mari spécifique, car il aurait présenté, depuis cinq ans surtout, des accidents diversement localisés (gommes ?) et suivrait, depuis cette date, un traitement mercuriel intensif.

C'est il y a six mois que, pour la première fois et sans aucun prodrome, la malade fut prise d'une céphalée extrêmement vive, à prédominance occipitale, durant aussi bien le jour que la nuit, accompagnée de vomissements à caractères nettement cérébraux, constitués par un liquide légèrement teinté et rejeté sans aucun effort.

A aucun moment, la malade n'a présenté de fièvre ni d'autre symptôme morbide. Elle a été soignée à cette date, pendant deux mois, par des piqûres de biiodure, qui n'auraient pas sensiblement amélioré son état.

Elle continue à souffrir dans la tête d'une façon moins vive, elle reste trois mois sans qu'une nouvelle crise, analogue à la première, survienne, toujours caractérisée par une céphalée continue et des vomissements, à caractères cérébraux.

Cette crise dure un mois et, sous l'influence d'une nouvelle série de piqûres et d'iodure de potassium à l'intérieur, ces phénomènes s'amendent, surtout sous l'influence de l'iodure au dire de la malade, et ce n'est que samedi dernier (24 avril), qu'elle fut reprise à nouveau d'accidents absolument identiques.

Depuis samedi, elle souffre d'une façon extrêmement vive

de sa tête et présente toujours des vomissements à intervalles réguliers.

A l'examen :

Nous avons trouvé une malade absolument *apyrétique*, poussant de petits gémissements continus. Le seul symptôme dont elle se plaigne est cette céphalée extrêmement vive, et en l'examinant nous trouvons :

Absolument aucun Kernig ;

Pas de rétraction du ventre ;

Une très légère raideur de la nuque ;

Pas de signes de Babinsky, pas de troubles moteurs ou vasomoteurs ; pas de modification des réflexes.

Au niveau des yeux :

Ni inégalité, ni myosis, ni strabisme, ni photophobie. La malade semble relever sa paupière droite moins facilement que sa gauche.

Par ailleurs, nous n'avons absolument rien trouvé aux autres appareils, notamment rien au niveau des segments qui puisse être considéré comme une cicatrice syphilitique.

Ponction lombaire. — Hypertension considérable du liquide qui coule, en jet d'abord, puis en gouttes rapides, claires, et qui au repos ne présente pas de coagulum.

Il contient un peu d'albumine et, à l'examen cytologique, quelques globules rouges, une assez grande quantité de lymphocytes, quelques mono et un grand nombre de polynucléaires dont la plupart paraissent altérés, présentant des vacuoles et des noyaux en picnose.

A noter que les ponctions lombaires, au nombre de trois, lui ont chaque fois, d'une façon très sensible, augmenté sa céphalée.

3 mai. — La malade, soumise au traitement mercuriel (un centimètre cube de biiodure de Hg *pro die*) se plaint moins de sa céphalalgie. Mais, depuis hier, on peut noter une déviation assez marquée à droite de la face, surtout du nez et de la mâchoire inférieure. La malade présente en effet une paralysie faciale gauche (flasque) et il y a en même temps un léger ptosis de la paupière droite.

10 mai. — Augmentation de la dose de Hg (2 cgr. par jour).

Les douleurs de tête diminuent et la déviation semble moins accentuée (on en est à la vingt et unième piqûre).

Température : 37 degrés. *Ne varietur.*

19 mai. — La malade présente le signe d'Oppenheim bilatéral, et du clonus du pied.

Les piqûres sont interrompues depuis le 17.

Le ptosis a disparu. L'examen de l'œil fait par M. Weill montre une parésie des droit interne, droit inférieur et petit oblique.

28 mai. — La paralysie faciale a à peu près complètement disparu ainsi que la céphalée, mais le clonus du pied persiste.

15 juin. — Wassermann positif.

17 juin. — La malade quitte l'hôpital marchant à peu près bien.

Elle a encore, de temps à autre, de la céphalée et des vomissements, mais plus de paralysie faciale ni oculaire. On n'a pas refait de ponction lombaire, celle-ci étant assez douloureuse.

OBSERVATION II (Personnelle)

Mme X..., cinquante-sept ans, entre le 19 juillet 1908, à l'hôpital Cochin, dans le service de notre maître M. le professeur Widal pour accidents broncho-pulmonaires et fièvre remontant à huit jours.

Les renseignements que nous avons pu recueillir sur ses antécédents sont les suivants :

On note seulement une maladie de peau à l'âge de quarante-quatre ans s'étant accompagnée de perte complète des cheveux. Il est impossible de dépister un accident primitif ou des accidents secondaires caractéristiques. Jamais elle n'a été traitée comme syphilitique.

Elle a cependant fait deux fausses couches à des dates qu'elle n'a pas pu préciser.

Interrogée sur les accidents qui l'amenèrent à l'hôpital, elle nous apprend qu'elle est couchée depuis quinze jours seulement.

Quant aux phénomènes oculaires que nous analyserons plus loin, elle raconte qu'il y a deux mois, elle a été prise d'une céphalée atroce, généralisée, sans exacerbation nocturne.

Jamais, auparavant, elle n'avait eu d'accidents du même ordre et cette céphalée fut si intense que la malade en a gardé un souvenir pénible.

Il n'y a que onze jours que ces phénomènes douloureux se sont atténués.

Il y a un mois qu'elle aurait commencé à avoir des troubles de la vue et à noter la chute de la paupière droite.

Assez lucide, elle ne délire à aucun moment et répond assez clairement aux questions qu'on lui pose.

Examen. — On est immédiatement frappé de la ptose très nette de la paupière droite et en l'examinant de plus près, on trouve une paralysie complète du moteur oculaire commun de ce côté des plus nettes.

Elle se traduit :

1° Par un ptosis absolu de la paupière ;

2° Par la perte des mouvements d'élévation, d'abaissement et d'adduction ;

3° Par un strabisme externe très net ;

4° Par de la mydriase ;

5° Par une abolition complète du réflexe lumineux et à l'accommodation ;

6° Pas de rétrécissement notable du champ visuel.

La vue est restée bonne et quand on soulève la paupière droite, elle dit voir également bien de ses deux yeux.

Du côté gauche :

On note également une mydriase très nette et une abolition du réflexe à la lumière et à l'accommodation.

Il n'y a aucun autre phénomène paralytique, l'olfactif et le facial, notamment, sont intacts.

On note comme autres phénomènes nerveux une abolition complète du réflexe rotulien des deux côtés.

Aucun trouble moteur.

Pas de signe de Babinsky, pas de trépidation épileptoïde, pas de troubles à la sensibilité, mais une incontinence complète des matières et des urines.

Aucun phénomène mortel.

Pas de délire.

Ponction lombaire. — Liquide clair. Lymphocytose abondante.

L'examen des autres appareils est absolument négatif, sauf au poumon où une congestion pulmonaire droite explique la température que la malade présente.

Décès le 27 juin, du fait des accidents de stase pulmonaire.

OBSERVATION III (Personnelle)

Mme X..., âgée de vingt-huit ans, ménagère, entre le 29 mai 1908 à l'hôpital Cochin, dans le service de notre maître M. Widal pour faiblesse générale.

Depuis deux mois, elle est en proie à une lassitude inaccoutumée. Fatiguée dès son réveil, le moindre effort lui coûtait et c'est avec peine qu'elle a continué son travail jusqu'à il y a quinze jours.

Depuis cette date, elle a pris quelques ménagements, dormant plus et se fatiguant moins, cependant qu'apparaissait un phénomène nouveau : la céphalée, sur laquelle la malade insiste.

Céphalée continue depuis quinze jours, mais nettement à prédominance nocturne. Elle réveille la malade qui ne peut ensuite se rendormir. Cette céphalée est surtout frontale, continue et sans paroxysmes. Elle disparaît presque complètement le matin.

Aucune des médications essayées par la malade n'a eu de résultat.

A noter encore que la malade a remarqué spontanément

qu'elle avait des troubles de la mémoire, des modifications de son caractère et une inaptitude marquée au travail.

A noter, enfin, que depuis jeudi, la malade est constipée alors qu'elle était avant bien réglée de ce côté.

Depuis jeudi aussi, la malade qui cependant n'a plus mangé depuis cette date, s'est mise à vomir : vomissements peu fréquents, précédés de nausées, constitués par un liquide bilieux verdâtre et peu de débris alimentaires.

Enfin, depuis le début de ces accidents, la malade a maigri très sensiblement.

Sa faiblesse augmentant et ne voyant aucun mieux dans son état, la malade se décide à entrer à l'hôpital.

Examen. — Nous nous trouvons en présence d'une malade peu prostrée, très lucide et répondant avec clarté et intelligence aux questions qu'on lui pose.

La *température* depuis son entrée est entre *38 et 39* degrés ; son *pouls régulier* bat à 82.

On ne note aucun phénomène du côté des yeux, pas d'inégalité pupillaire, pas de strabisme, les pupilles réagissent bien. Photophobie nette, par contre.

En cherchant à asseoir la malade, on note un signe de Kernig très net.

Un peu de raideur de la nuque.

L'examen des différents appareils est à peu près négatif.

Poumons : rien.

Cœur : rien.

Reins : rien.

Système nerveux : pas de troubles moteurs ni sensitifs.

Au niveau de la jambe droite, vers le tiers supérieur, sur la face interne et externe, on voit de petites cicatrices assez net-

tement arrondies, blanches au centre et de couleur jambonnée au pourtour.

A la jambe gauche, on note également, sur le tiers inférieur et la crête tibiale, une petite cicatrice incolore et déprimée.

Rien de semblable ailleurs.

La malade interrogée sur ces cicatrices, déclare qu'elles ont été précédées de petits clous qui se sont ouverts, mais nie absolument toute spécificité et ne se rappelle en effet ni accident primitif ni secondaire. Elle n'a d'ailleurs jamais été traitée.

Cependant, elle a subi à Broca, dans une salle de non-spécifiques, un traitement qui ne comprenait ni piqûres, ni pilules, ni frictions.

Ces accidents sont survenus pendant une grossesse, la seule que la malade ait faite, terminée par la naissance à terme d'un enfant mort de coryza.

Les autres renseignements recueillis sont sans intérêt.

29 et 30. — *Ponction lombaire*. — Liquide clair. Lymphocytose abondante.

On met la malade au biiodure, en raison du doute qui subsiste.

Depuis le 4 juin. — Incontinence absolue des fèces et des urines ; d'autre part, abolition du réflexe rotulien.

6 juin. — La malade a un peu de délire.

On note une ophtalmoplégie du côté droit (ptosis de la paupière très net).

La malade meurt le lendemain, sans avoir présenté de phénomènes nouveaux.

L'*autopsie* a montré, au niveau de la scissure de Sylvius

gauche, quelques rares granulations mais très caractéristiques.

Rien dans les viscères.

L'examen de la moelle n'a pu être pratiqué pour des raisons d'ordre administratif.

OBSERVATION IV (Inédite, résumée)

(M. Joltrain, service de M. le professeur Widal.)

Malade entrée à l'hôpital, le 27 avril 1904, pour un seul symptôme : céphalalgie très intense.

L'affection a débuté un mois auparavant, brusquement, par des douleurs très vives dans la tête avec perte de connaissance.

Depuis cette époque, céphalée continue, gravative, diffuse, intense, paroxystique, en casque.

Quelques étourdissements, de la lassitude allant parfois jusqu'à la torpeur, quelques troubles dyspeptiques, surtout inappétence et nausées, un peu de constipation et enfin une série de petits signes : vertiges, mouches volantes, amblyopie, crampes dans les jambes, cryesthésie. Pas d'antécédents héréditaires.

N'a jamais été malade. Pas de scarlatine.

Pas trace de spécificité dans les antécédents, une seule grippe l'année dernière, légère.

A l'examen : rien du côté des organes.

Au cœur : ébauche de dédoublement.

Rien du côté des yeux : Pas d'inégalité pupillaire. Pas d'Argyll.

Examen ophtalmoscopique : négatif.

Aucun signe d'irritation méningée, autres que céphalée, vomissements, constipation.

Pas de kernig.

Réflexes exagérés. Aucun trouble de la sensibilité.

Urines : 2 grammes d'albumine.

Pas d'œdème.

Ponction lombaire. — Lymphocytose abondante.

OBSERVATION V (Inédite, résumée)

(Service de M. le professeur Widal.)

Malade de quarante-deux ans, entrée à l'hôpital Cochin en avril 1909, pour céphalée remontant à quinze jours.

Début brusque par céphalée, vomissements cérébraux.

Examen. — Céphalée, photophobie.

Aucune raideur. Pas de kernig. Pas de paralysie oculaire. Pas d'inégalité pupillaire.

Aucun trouble moteur ni sensitif, pas de signe de Babinsky.

Réflexes normaux. Pas de troubles de l'équilibre.

Rien aux autres organes. Jamais de fièvre.

Ponction lombaire. — Lymphocytose nette.

Antécédents personnels. — Rien à noter, ni fausse couche, ni syphilis avouée ou décelable.

Traitement. — Un centimètre cube de biiodure *pro die.*

Amélioration de la céphalée, dès la sixième piqûre, mais la malade ayant des dents cariées, on doit suspendre le traitement.

Sort sur sa demande, sensiblement améliorée.

OBSERVATION VI (Inédite, résumée)

(Service de M. le professeur Widal.)

Malade de quarante ans, entré en janvier 1908 à l'hôpital Cochin, pour phénomènes généraux et diplopie.

Début, quinze jours avant.

Antécédents héréditaires. — Sans intérêt.

Antécédents personnels. — Typographe depuis l'âge de seize ans, n'a eu qu'une seule atteinte de colique à l'âge de vingt-deux ans.

En 1907, pleurésie traitée dans le service de M. Chauffard, sans ponction.

Aucune spécificité dépistable.

Il y a quinze jours, frissons, anorexie, vertiges, céphalée localisée à droite; en même temps diplopie.

Examen. — Céphalée interne.

Examen somatique négatif. A noter seulement : ulcération linguale, indolore, reposant sur une base indurée et remontant à trois mois.

Système nerveux : exagération de tous les réflexes.

Aucun trouble moteur.

Aucun trouble sensitif.

Œil. —Myosis à droite, mystagmus.

Pas de strabisme.

Pas de paralysie.

Pas de troubles des réflexes.

Ponction lombaire. — Lymphocytose modérée. On donne au

malade : 2 centigrammes de biiodure et 5 grammes d'iodure de potassium.

Apparition de ptosis marqué, le lendemain. Dix jours après, amélioration de la lésion linguale, diminution du ptosis.

Les autres troubles persistent.

Après une deuxième série de piqûres, disparition de la diplopie et de la céphalée.

Le malade, après une troisième série de piqûres, quitte l'hôpital, guéri, pour aller à Vincennes.

OBSERVATION VII (Inédite, résumée)

(Service de M. le professeur Widal.)

Malade âgée de trente-trois ans, entrée à l'hopital Cochin en janvier 1908, pour des symptômes méningés diffus. Céphalée, vomissements remontant à deux mois environ.

Rien d'autre à noter dans ses antécédents que des petits signes de brightisme; pas trace de spécificité, pas de fausses couches, une seule grossesse menée à terme.

Examen. — Raideur de la nuque et signede Kernig, aucune paralysie.

Absolument aucun symptôme oculaire. Pas de signe d'Argyll. Réflexes normaux.

Aucun symptôme d'une affection organique quelconque. Rien dans les urines. Pas de fièvre.

Ponction lombaire. — Liquide clair : eau de roche, hypertendu, coagulum fibrineux.

Lymphocytose abondante avec prédominance des grands mononucléaires.

On ne trouve aucun bacille.

A partir du 6 février, accidents nouveaux du côté des yeux. Nystagmus vertical net.

Strabisme interne.

Mise au traitement dès le début, la malade a vu sa céphalée diminuer sensiblement, mais elle sort en février sur sa demande.

OBSERVATION VIII (Inédite, résumée)

(Service de M. le professeur Widal.)

Malade de trente ans, entrée en mai 1905 à l'hôpital Cochin, parce que « elle perd la vue ».

Antécédents héréditaires. — Sans intérêt.

Antécédents personnels. — Réglée à dix-neuf ans. Mère à vingt ans. Grossesse normale.

De dix-neuf à vingt ans, la malade éprouve une céphalée violente, à légère prédominance nocturne.

A vingt-quatre ans, épouse un éthylique. Deux grossesses normales. Jamais de fausse couche.

Absolument impossible de dépister le moindre accident spécifique.

C'est en mai 1904 que débute la maladie actuelle, par de violentes névralgies faciales, avec affaiblissement progressif de la vision surtout depuis deux mois. En même temps, ptosis progressif à gauche.

Vertiges fréquents avec chute prévue et sans perte de connaissance. Depuis peu, exaspération de la céphalée. Vomissements sans caractère cérébral. Constipation.

Examen. — Chute absolue de la paupière *gauche.*

Paralysie de *tous* les muscles de côté, sauf le droit inférieur.

Du côté de *l'œil droit :* paralysie du droit externe; de plus, inégalité pupillaire.

La gauche ne réagit pas à la lumière.

La droite réagit fort peu.

Pas de troubles moteurs.

Réflexes normaux.

Aucun trouble de la sensibilité.

Psychisme normal.

Rien aux différents appareils.

Ponction lombaire. — Lymphocytose abondante.

5 juin.— Après dix-sept piqûres de biiodure, amélioration.

Diminution du ptosis gauche.

Disparition de la céphalée.

Août. — Très grande amélioration.

Plus du tout de ptosis à gauche, mobilité absolument normale.

Le droit externe de l'œil droit reste seul paralysé.

Plus aucune céphalée.

OBSERVATION IX (Inédite)

(Service de M. le professeur Widal.)

Malade de trente-sept ans, entrée en janvier 1904 à l'hôpital Cochin, dans le service de notre maître M. le professeur Widal, pour de la céphalée et des vomissements.

Antécédents héréditaires. — Père mort bacillaire.

Mère nerveuse, ayant des crises convulsives avec perte de connaissance.

Trois sœurs ayant aussi des crises nerveuses.

Antécédents personnels. — Variole dans l'enfance.

Toux opiniâtre chaque hiver.

Pas de crises convulsives ni de symptômes hystériques.

Jeune fille, a été soignée pendant huit mois pour de la chlorose.

Se marie en 1887. Depuis bien portante, ne tousse plus, n'a jamais eu ni enfants, ni fausses couches.

Elle avoue la spécificité et accuse un accident primitif en 1887, au moment de son mariage, soit il y a dix-sept ans.

Interrogée au point de vue des accidents secondaires, elle ne se rappelle pas en avoir eu de nets: pas de céphalée, pas d'angoisse, pas de douleurs ostéocopes: cependant, elle a eu une éruption sur les membres inférieurs qui, dit-elle, a été soignée comme de l'eczéma.

Enfin, il y a cinq ans, elle perd ses cheveux par plaques, mais, à Saint-Louis, on la traite alors pour de la pelade.

Il y a deux ans, elle a commencé à avoir des maux de tête très violents, survenant surtout le soir au coucher.

Brusquement un jour, dans l'après-midi, elle est prise d'un étourdissement et s'aperçoit qu'elle voit double.

Cette diplopie est très marquée, il est difficile d'en préciser les caractères et de savoir si elle était homonyme ou croisée, mais les deux images étaient très nettement juxtaposées et la malade ne pouvait saisir les objets qu'en tâtonnant.

La marche est aussi gênée par la diplopie ; il n'y aurait pas eu alors de ptosis, pas d'autres troubles oculaires. La malade va alors consulter aux Quinze-Vingts, où on lui donne des

lunettes avec un verre dépoli. La diplopie persiste trois mois, puis disparaît spontanément.

A ce moment, la malade n'avait pas encore de vomissements.

Ce n'est que depuis un an que les vomissements apparaissent, prenant dès le début, les caractères qu'ils conservent actuellement, c'est-à-dire survenant sans douleurs gastriques, brusquement et presque sans nausées. Ils surviennent surtout le matin et surtout quand la malade se tourne dans son lit. Ce sont des vomissements alimentaires et bilieux. Jamais d'hématémèses.

Ils surviennent d'abord tous les trois jours environ, puis depuis quatre mois deviennent presque quotidiens et surtout matinaux.

En même temps *la céphalée* augmente, c'est une céphalée diffuse, sans localisation élective ni prédominance nocturne, soulagée par les vomissements.

C'est pour *cette céphalée*, encore plus que pour ses vomissements, que la malade entre à l'hôpital.

Actuellement : état général satisfaisant, cependant un peu d'amaigrissement.

La malade vomit presque tous les matins. Ces vomissements sont bilieux, plus ou moins abondants, parfois sans avoir encore mangé la malade remplit presque une cuvette, c'est une véritable gastro-succhorée.

Le chimisme stomacal est à peu près normal.

Un peu d'hypochlorhydrie.

Aucune douleur à la pression de la région épigastrique.

Aucun signe de sténose du pylore.

On trouve entre les deux chefs inférieurs du sterno-cléido-mastoïdien, à gauche, une masse arrondie, mobile, qu'on pourrait prendre pour un ganglion de Troisier, mais qui semble bien un petit corps thyroïde aberrant.

Constipation opiniâtre.

Rien au foie, ni à la rate.

Rien dans les urines. Pas de sucre.

Ne tousse pas. Rien au cœur.

La céphalée persiste presque continuelle, un peu de tremblement des mains, mais pas d'éthylisme avoué.

La malade entend mal, surtout de l'oreille gauche. On pourrait penser à des accidents méningés, suite d'otite, mais l'oreille n'a jamais coulé, la mastoïde n'est pas douloureuse, enfin l'examen otoscopique montre qu'on a simplement affaire à une otite scléreuse.

Yeux : Au dire de la malade, encore un peu de diplopie, elle verrait quelquefois le soir deux lumières pour une seule.

La pupille réagit très paresseusement, mais il n'y a pas d'Argyll proprement dit.

Un peu de myosis, pas d'inégalité pupillaire, pas d'œdème de la papille.

Les réflexes rotuliens sont nettement exagérés, pas de troubles de la marche. Aucun stigmate d'hystérie.

Ponction lombaire. — Légère hypertension, lymphocytose abondante.

On met la malade aux piqûres (1 cgr. biiodure).

1er février. — Plus de diplopie.

La céphalée persiste ainsi que les vomissements. Ceux-ci

sont toujours abondants, mais plus rares. Ils ne sont plus quotidiens, mais apparaissent encore tous les trois ou quatre jours, gardant les mêmes caractères.

On continue le traitement mercuriel.

7 mars. — Amélioration notable.

La céphalée a presque entièrement disparu. Elle reparaît cependant parfois, pour persister quatre à cinq jours.

Les vomissements sont encore plus fréquents.

9 avril. — La malade sort sur sa demande.

Elle vomit toujours, mais ces vomissements sont maintenant très espacés.

OBSERVATION X (Inédite, résumée)

(Service de M. le Professeur Widal.)

Malade de soixante et un ans, entrée à l'hôpital Cochin en octobre 1908, pour douleurs gastriques et incontinence d'urine.

Ces douleurs, affectant l'allure de douleurs en étau et en cercles, remontent à une dizaine d'années.

Depuis la même époque, douleurs en éclair, sensation de constriction des poignets.

Aucune amélioration aux symptômes par un traitement mercuriel, d'ailleurs vite abandonné.

Cinq grossesses. Jamais de fausse couche. Depuis plusieurs années, céphalée presque continue.

Examen. — Inégalité pupillaire marquée. Myosis à gauche. Abolition du réflexe lumineux des deux côtés, à la distance ; à gauche seulement. Pas de troubles réflexes, ni moteurs, ni sensitifs. Rien aux viscères.

Ponction lombaire : lymphocytose abondante.

Wassermann : positif.

On met la malade au traitement spécifique, mais elle quitte l'hôpital au bout de quelque temps, très améliorée.

CONCLUSIONS

I

La preuve biologique de l'existence des méningites syphilitiques date des travaux de M. Widal en 1902.

II

Les méningites syphilitiques peuvent se présenter sous forme de : méningites latentes,
méningites frustres,
et plus ordinairement de :
méningites aiguës,
méningites chroniques.

III

Ces deux dernières sont essentiellement caractérisées par :

α) Deux symptômes constants : céphalée, lymphocytose ;

β) La rareté fréquente du syndrome méningé ;

γ) L'absence habituelle de température ;

δ) Leur évolution vers la méningite basilaire ;

ε) L'influence des paralysies oculaires ;

ζ) L'efficacité du traitement.

IV

Le diagnostic est un diagnostic d'exclusion. Il ne se pose le plus souvent qu'avec la méningite tuberculeuse.

V

Le traitement de choix nous paraît être le cyanure de mercure, par voie intra-veineuse.

Vu : le Président de la thèse,
WIDAL

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

1869 Lancereaux — *Traité de la Syphilis.*

1873 Bouchard. — Leçon du 27 mars 1873.

1878 Fournier. — *Syphilis cérébrale*, p. 272.

1879 Cornil. — *Leçons sur la Syphilis.*

1883 Mercier. — *Syphilis cérébrale à forme comateuse.*

1891 Maillet. — *Épilepsie syphilitique.*

1893 A. Fournier.— *Épilepsie para-syphilitique* (*Revue de Neurologie*).

— Lamy. — *Méningite syphilitique aiguë* (thèse).

— Mairet. — *Aliénation mentale syphilitique.*

1895 Pic et Renault. — *Méningite basilaire syphilitique, syndrome de Weber* (*Province médicale*, p. 233).

1899 Babinsky et Carpentier. — *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 13 juillet.

1899 Neumann. — *Die Syhilis* (Vien).

1900 Klippel. — *Traité de Médecine*, t. VIII.

1901 Maillard. — Thèse de Bordeaux.

— Babinsky et Carpentier. — *Bull. Soc. méd. des Hôp.*, 17 mars.

— Babinsky et Nageotte. — *Bull. Soc. méd. des Hôp.*, 24 mai.

— Debove et Castaigne. — *Gazette des Hôpitaux*, 15 septembre.

1902 Milian et Crouzon. — *Syphilis éclairée par la ponction lombaire* (*Bull. Soc. méd. des Hôp.* 117).

— Widal et Lesourd. — *Bull. Soc. méd. des Hôp.* 127.

— Marie et Guillain. — *Bull. Soc. méd. des Hôp.*, 14 février.

— Brissaud et Brécy. — *Bull. Soc. méd. des Hôp.*, 17 mars.

— Widal et Ravaut — *Bull. Soc. méd des Hôp.*, 17 mars.

— Widal et Lesourd. — *Bull. Soc. méd. des Hôp.*, 17 mars.

— Milian. — *Syphilis de trois mois, abondante lymphocytose rachidienne* (*Bull. Soc. anatom.*, mai 1903).

1902 Thibierge et Ravaut. — *Syphilis datant de dix-huit mois. Céphalée à type neurasthénique. Lymphocytose rachidienne* (*Bull. méd. des Hôp.*, novembre).

— *Paralysie faciale à la période secondaire de la Syphilis. Lymphocytose considérable* (*Bull. méd. des Hôp.* novembre.)

1903 Widal et Lemierre. — *Bull. méd. des Hôp.*, mai.

Ravaut. — *Liquide céphalo-rachidien dans la Syphilis à la période secondaire* (*Annales de Dermatologie et de syphiligraphie*).

1903 Milian. — *Céphalée syphilitique et ponction lombaire* (*Tribune médicale*, p. 341).

— Gaillard et Œlnitz (d'). — *Méningite aiguë syphilitique guérie par injection de benzoate de mercure* (*Bull. Soc. méd. des Hôp.*, p. 667).

— Widal.— *Cytologie du liquide céphalo-rachidien chez les syphylitiques* (*Bull. Soc. méd. des Hôp.*).

— Léri. — *Méningite syphilitique. Examen du cerveau* (*Soc. anatom.*, juillet).

1904 Drouet. — *Méningite syphilitique aiguë* (Thèse de Paris, 1904-1905).

1904 Mantoux. — *La syphilis nerveuse latente* (Thèse).

— Lamy. — *Syphilis des méninges* (*Traité de Médecine*).

— Mosny.— *Tribune médicale.*

— Milian. — *Liquide céphalo-rachidien dans la syphilis* (*Tribune médicale*).

— Sicard et Roussy. — 5 mai, *Société de Neurologie.*

— Bensaude et Rivet. — *Méningite aiguë syphilitique* (*Archives générales de médecine*, 2766).

1905 Soucques et Vincent. — *Méningite syphilitique basilaire et tabes supérieur* (Société de Neurologie).

1907 Milian. — *Méningite syphilitique* (*Revue des Hôpitaux en France et à l'étranger*, p. 292).

1907 Coux (de). — *Méningites syphilitiques aiguës. Essai de classification* (Thèse de Paris).

1908 Ballet et Barbé. — *Un cas de méningite syphilitique avec autopsie* (*Revue de Neurologie*, p. 337).

— Claisse et Joltrain. — *Méningite syphilitique aiguë avec guérison* (*Bull. Soc. méd. scient.*, 313).

— Laubry et Giroux. — *Méningite aiguë syphilitique* (*Tribune médicale*, 837).

— Schneider. — *Étude du liquide céphalo-rachidien dans un cas mortel de méningite syphilitique aiguë* (*Soc. de Biologie*, 292).

1908 Vincent. — *Deux cas de Méningite chronique syphilitique* (*Revue de Neurologie*, 1049).

— Sésary. — *Processus histologique des réactions méningées dans la Syphilis.*

— Roux et Lemaitre. — *Méningite cranienne syphilitique, Tabes* (*Revue de Neurologie*, 1340).

1909 Brelat. — *Considération sur les Méningites aiguës non-tuberculeuses et non-suppurées* (*Gaz. méd.*, Nantes, 165).

— Brissaud et Bauer. — *Méningomyélite syphilitique trente ans après le chancre* (*Revue de Neurologie*).

1910 Vincent. — *Méningites syphilitiques chroniques. Lésions des nerfs de la base du crâne* (Thèse de Paris).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Historique	7
Clinique	11
Méningites latentes	12
Méningites frustres secondaires	13
Méningites frustres tertiaires	14
Méningites aiguës	15
Méningites chroniques	17
Méningites de la base	18
Examen du liquide céphalo-rachidien	21
Pronostic	23
Diagnostic	27
Traitement	29
Prophylactique	29
Curatif	31
Technique des injections intra-veineuses de cyanure de mercure	32
Incidents et accidents	35
Observations : α) Personnelles inédites	37
β) inédites	46
Conclusions	57
Bibliographie chronologique	59

Imp. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris.